



ترغب Legacy Health في تقديم مساعدة مالية للأشخاص والأسر الذين يستوفون متطلبات دخل معينة. قد تؤهل للحصول على رعاية مجانية أو رعاية بسعر مخفض وفقاً لحجم عائلتك أو دخلك، حتى وإن كان لديك تأمين صحي. للإطلاع على مزيد من المعلومات، يُرجى زيارتنا على الموقع الإلكتروني www.legacyhealth.org واكتب في شريط البحث **مساعدة مالية**.

ما الذي سوف تغطيه المساعدة المالية؟ تغطي المساعدة المالية للمستشفى الخدمات المقدمة بالمستشفى اللازمة التي توفرها Legacy Health بناءً على أهليتك. قد لا تغطي المساعدة المالية جميع تكاليف الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات التي تقدمها المؤسسات الأخرى. ستغطي هذه المساعدة المالية رسوم أطباء Legacy Health بالإضافة إلى رسوم الخدمات المعملية من Legacy Health.

إذا كانت لديك استفسارات أو تحتاج إلى مساعدة في ملء هذا الطلب، يُرجى الاتصال بخدمة العملاء: خدمة العملاء الخاصة بفواتير المستشفى 503-413-4048 (الهاتف المجاني 800-495-7076). خدمة العملاء الخاصة بفواتير الأطباء 503-413-3900 (الهاتف المجاني 877-295-8702). خدمة العملاء الخاصة بخدمات المعامل 503-413-4420 (الهاتف المجاني 800-233-3570). يمكنك الحصول على مساعدة لأي سبب، بما في ذلك مساعدة إعاقة أو مساعدة لغوية.

من أجل البت في طلبك، يجب عليك ما يلي:

- تزويدنا بمعلومات عن أسرتك
- اذكر عدد أفراد أسرتك في منزلك (تشمل الأسرة الأشخاص الأقارب بالدم أو الزواج أو التبني ممن يعيشون معاً)
- تزويدنا بمعلومات عن الدخل الشهري الإجمالي لأسرتك (الدخل قبل خصم الضرائب ومبالغ الخصم)
- تقديم مستندات خاصة بدخل الأسرة والأصول التي تمتلكها
- أرفق معلومات إضافية إذا لزم الأمر
- وقع الاستمارة وقم بتأريخها

ملاحظة: لست مضطراً إلى تقديم رقم الضمان الاجتماعي عند التقدم بطلب مساعدة مالية. إذا زودتنا برقم الضمان الاجتماعي الخاص بك، فسوف يساعدنا ذلك في التعجيل بمعالجة طلبك. يتم استخدام أرقام الضمان الاجتماعي للتحقق من المعلومات المقدمة لنا. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي، يُرجى تحديد "لا ينطبق" أو "غير متوفر".

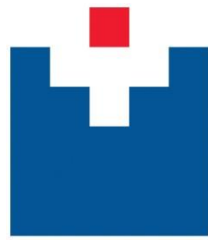
أرسل طلبك المكتمل عبر البريد أو الفاكس مع جميع المستندات إلى: Legacy Health PO Box 4037 Portland, OR 97208. فاكس: 503-413-2753. تأكد من الاحتفاظ بنسخة لنفسك.

لتقديم طلبك المكتمل الخاص بك شخصياً: يُرجى زيارة منشأة Legacy Health. تنسق مواقع المستشفيات مواعيد لقاءات مع مستشارين ماليين لمساعدتك.

سنبلغك بقرار الأهلية النهائي وحقوق الطعن، إن أمكن، في غضون 14 يوماً تقويمياً من استلام طلب المساعدة المالية المكتمل، بما في ذلك مستندات الدخل.

بتقديم طلب المساعدة المالية، فإنك تمنحنا موافقتك لإجراء التحقيقات اللازمة للتأكد من الالتزامات والمعلومات المالية.

**نريد تقديم مساعدة. يُرجى تقديم طلبك على الفور!
سوف تستمر في تلقي فواتير حتى نستلم معلوماتك.**



LEGACY HEALTH

استمارة طلب المساعدة المالية

يُرجى ملء جميع المعلومات كاملةً. إذا كان ذلك لا ينطبق، فاكتمب "غير متوفر". أرفق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.

معلومات الفحص

هل تحتاج إلى خدمات الترجمة الفورية؟ نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فأدرج اللغة المفضلة:

هل قدم المريض طلبًا إلى برنامج Medicaid؟ نعم لا

هل المريض يتلقى خدمات عامة من الحكومة مثل المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) أو الغذاء الأساسي (Basic Food) أو خدمات من برنامج التغذية التكميلية الخاص بالنساء والرضع والأطفال (WIC)؟ نعم لا

هل المريض بلا مأوى حاليًا؟ نعم لا

هل ترتبط حاجة المريض للرعاية الطبية بحادث سيارة أو إصابة عمل؟ نعم لا

يُرجى الانتباه إلى

- لا يمكن أن نضمن لك أنه سيتم تأهيلك للحصول على المساعدة المالية حتى إذا تقدمت بطلبها.
- عند إرسال طلبك، ربما نفحص جميع المعلومات ونطلب معلومات إضافية أو إثبات دخل.
- في غضون 14 يومًا تقويميًا بعد استلامنا طلبك المكتمل ومستنداتك، سنبلغك إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة أم لا.

معلومات عن المريض ومقدم الطلب

الاسم الأول للمريض	الاسم الأوسط للمريض	الاسم الأخير للمريض
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ذلك (يمكن التحديد)	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي للمريض (اختياري)
الشخص المسؤول عن سداد الفاتورة	طبيعة العلاقة بالمريض	تاريخ الميلاد
العنوان المُرسَل عليه	رقم (أرقام) جهة الاتصال الرئيسي () () عنوان البريد الإلكتروني:	
المدينة	الدولة	الرمز البريدي
الحالة الوظيفية للشخص المسؤول عن سداد الفاتورة	<input type="checkbox"/> عاطل (كم من الوقت ظل عاطلاً: _____)	
<input type="checkbox"/> موظف (تاريخ التعيين: _____)	<input type="checkbox"/> غير ذلك (_____)	
<input type="checkbox"/> موظف حر	<input type="checkbox"/> طالب <input type="checkbox"/> عاجز <input type="checkbox"/> متقاعد	

معلومات الأسرة

اذكر أفراد الأسرة في منزلك، بما في ذلك أنت. تشمل "الأسرة" الأشخاص الأقارب بالدم أو الزواج أو التبني ممن يعيشون معًا.

أرفق صفحة إضافية إذا لزم الأمر

حجم الأسرة

الاسم	تاريخ الميلاد	طبيعة العلاقة بالمريض	إذا كان يبلغ 18 سنة أو أكبر: اسم صاحب العمل (أصحاب العمل) أو مصدر الدخل	إذا كان يبلغ 18 سنة أو أكبر: إجمالي الدخل الشهري الكلي (قبل خصم الضرائب):	هل يقدم كذلك طلب للحصول على المساعدة المالية؟
					نعم/لا
					نعم/لا
					نعم/لا
					نعم/لا

يجب الإفصاح عن دخل جميع أفراد الأسرة البالغين. مصادر الدخل تتضمن، على سبيل المثال ما يلي:

- أجور
- تعويضات بطالة
- عمل حر
- تعويض العمال
- تعويضات العجز
- دخل الضمان التكميلي (SSI)
- نفقة
- برامج دراسة العمل (الطلاب)
- المعاش
- توزيعات حساب التقاعد
- غير ذلك (يُرجى التوضيح _____)



استمارة طلب المساعدة المالية

معلومات الدخل

تذكر: يجب إدراج إثبات الدخل مع طلبك.

يجب تقديم معلومات بشأن دخل أسرتك. يلزم التحقق من الدخل من أجل تقرير المساعدة المالية. يجب أن يفصح جميع أفراد الأسرة البالغين سن 18 عام أو أكبر عن دخلهم. إذا كنت لا تستطيع تقديم مستندات، يمكنك تقديم بيان موقع ومكتوب يوضح دخلك. يُرجى تقديم إثبات عن كل مصدر دخل محدد. تتضمن أمثلة إثبات الدخل ما يلي:

- "نموذج تقرير الأجور للموظفين (W-2)" بيان اقتطاع الضرائب؛ أو
- كعوب شيكات المرتبات (3 شهور)؛ أو
- الإقرار الضريبي للدخل للسنة الماضية، بما في ذلك المواعيد إن أمكن؛ أو
- بيانات مكتوبة وموقعة من أصحاب العمل أو آخرين؛ أو
- اعتماد/رفض الأهلية لبرنامج Medicaid و/أو مساعدة مالية ممولة من الحكومة؛ أو
- اعتماد/رفض الأهلية لتعويض البطالة.

إذا كنت لا تمتلك إثبات دخل أو دخل، يُرجى إرفاق صفحة إضافية مع توضيح.

معلومات عن النفقات

نستخدم هذه المعلومات للحصول على صورة كاملة تمامًا عن وضعك المالي.

نفقات المنزل الشهرية:		
\$ _____	نفقات طبية	\$ _____
\$ _____	خدمات	\$ _____
\$ _____	(نفقة أطفال، قروض، أدوية، غير ذلك)	\$ _____
		إيجار/رهن
		أقساط التأمين
		دين/نفقات أخرى

معلومات عن الأصول

هل تمتلك أسرتك أصول أخرى؟ يُرجى تحديد جميع ما ينطبق	رصيد الحساب الجاري الحالي
<input type="checkbox"/> أسهم <input type="checkbox"/> سندات <input type="checkbox"/> خطة التقاعد 401K <input type="checkbox"/> حساب (حسابات) توفير صحية <input type="checkbox"/> صندوق	\$ _____
<input type="checkbox"/> ائتمان (صناديق ائتمان) <input type="checkbox"/> عقارات (باستثناء محل الإقامة الرئيسي) <input type="checkbox"/> امتلاك شركة	رصيد الحساب التوفير الحالي
	\$ _____

معلومات إضافية

يُرجى إرفاق صفحة إضافية، إذا كان هناك معلومات أخرى عن الوضع المالي الحالي الخاص بك تود أن نطلعنا عليها، مثل ضائقة مالية أو نفقات طبية باهظة أو دخل موسمي أو مؤقت أو خسارة شخصية.

اتفاق المريض

أدرك أن Legacy Health يجوز لها التحقق من صحة المعلومات عن طريق مراجعة معلومات الائتمان والحصول على معلومات من مصادر أخرى للمساعدة في تقرير الأهلية للحصول على مساعدة مالية أو خطط الدفع.

أؤكد أن المعلومات سالفة الذكر صحيحة على حد علمي. أدرك في حال ثبات عدم صحة المعلومات المالية التي أقدمها، فإن ذلك سيؤدي إلى رفض المساعدة المالية وقد أصبح مسؤولاً عن سداد الخدمات المقدمة ومن المتوقع السداد نظيرها.

تاريخ

توقيع مقدم الطلب